



## Ihr Aufnahmebogen zur Ernährungsberatung





## Ausfüllanleitung

### 1. Persönliche Daten

Hierbei bitte die kompletten Personalien eintragen. Ganz wichtig eine Erreichbarkeit per E-Mail sowie per Telefon (Festnetz) für die Terminabsprache.

### 2. Anamnese

Bitte Ihre persönlichen Daten eintragen. Natürlich werden die Daten vertraulich behandelt.

### 3. Zielsetzung

Warum kommen Sie zur Beratung? Gewichtsreduktion, -erhalt oder -zunahme? Hierbei bitte Ihre Ziele definieren.

### 4. Gesundheit / Ernährung

Für eine umfangreiche Ernährungsanalyse benötige ich diese Daten. Sollten Sie einige nicht wissen, kennzeichnen Sie dies bitte.

### 5. ph-Kalender

Ein ganz wichtiger Teil des Paketes die Ermittlung Ihres ph-Wertes im Urin. Dazu bitte die beiliegenden Teststreifen für 3 Tage benutzen (4x täglich wie angegeben), indem ein Streifen abgerissen und ins Mittelurin gehalten wird. Danach kann der Wert an der Farbskala abgelesen und eingetragen werden.

### 6. Ernährungsprotokoll

Im Ernährungsprotokoll wird für 3 Tage die gesamte Ernährung aufgeschrieben. Dazu bitte Mengenangaben geben. Diese Tage werden für die Auswertung genommen. Wenn möglich sollte ein Tag vom Wochenende dabei sein. Als Beispiel:

Morgens 9 Uhr Frühstück	: 2 Mehrkornbrötchen mit Butter und Marmelade 1 Tasse Kaffee mit Milch
Zwischendurch	: 1 Glas (0,2l) Wasser, 1 Tee mit Zucker, 1 Mars
Mittags 13 Uhr	: 1 Teller Spaghetti Bolognese mit viel Soße 1 großes Glas Apfelschorle
Zwischendurch	: 1 Glas (0,2l) Wasser, 1 Stück Apfelkuchen
Abends 19 Uhr	: 1 Scheibe Vollkornbrot mit Margarine und Salami 1 kleinen Salat und 2 Tassen schwarzen Tee mit Zucker 1 Glas Orangensaft

Rückfragen per Mail [info@ernaehrungsberatung-wf.de](mailto:info@ernaehrungsberatung-wf.de) oder Telefon 05306/93093-17



## Aufnahmebogen zur Ernährungs-/Gesundheitsberatung

### Persönliche Daten

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

### Körperliche Belastung und Beruf

Hauptberuf	<input type="text"/>				
Arbeitszeit in h pro Tag	<input type="text"/>	Tage pro Woche	<input type="text"/>	Schlaf in Std. pro Nacht	<input type="text"/>
Sportart	<input type="text"/>				
Stunden pro Tag/Einheit	<input type="text"/>	Tage pro Woche	<input type="text"/>	Intensität	<input type="text"/>
Sonstige Bewegung	<input type="text"/>				
Stunden pro Tag/Einheit	<input type="text"/>	Tage pro Woche	<input type="text"/>	Intensität	<input type="text"/>

### Körperdaten

Gewicht	<input type="text"/>	Größe	<input type="text"/>
Taillenumfang	<input type="text"/>	Körperfett	<input type="text"/>
Blutdruck	<input type="text"/>	Ruhepuls	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		



**Blutwerte** (falls bekannt)

Gesamt-cholesterin	<input type="text"/>	HDL	<input type="text"/>
LDL	<input type="text"/>	HDL/LDL-Quotient	<input type="text"/>
Triglyceride	<input type="text"/>	Blutzucker	<input type="text"/>
HBA1c	<input type="text"/>	Harnsäure	<input type="text"/>

**Diäterfahrung**

Wie oft, welche Diäten mit welchem Erfolg?

**Mein persönliches ZIEL**

Zielkörpergewicht  Zielkörperfett

Zieldefinition (Was möchte ich in den nächsten Wochen erreichen?)

**ph-Messungen**

	Morgens nüchtern		3 h nach 1. Mahlzeit		3 h nach 2. Mahlzeit		3 h nach 3. Mahlzeit	
Tag 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Uhrzeit	Wert	Uhrzeit	Wert	Uhrzeit	Wert	Uhrzeit	Wert
Tag 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Uhrzeit	Wert	Uhrzeit	Wert	Uhrzeit	Wert	Uhrzeit	Wert
Tag 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Morgens nüchtern		3 h nach 1. Mahlzeit		3 h nach 2. Mahlzeit		3 h nach 3. Mahlzeit	



## Fragen zum Gesundheitszustand

Haben Sie körperliche Einschränkungen oder Erkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie Diabetiker?  ja  nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben/leiden Sie an zuviel Stress?  ja  nein

Leiden Sie an Verspannungen?  ja  nein

Leiden Sie an Kopfschmerzen?  ja  nein

Sind Sie morgens trotz genügend Schlaf müde?  ja  nein

Trinken Sie 2-3 Liter Wasser jeden Tag?  ja  nein

Leiden Sie öfter an... (bitte unterstreichen oder Ergänzen)

Konzentrationsmangel, Ohnmacht, Reizbarkeit, Alpträume, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Migräne, Heißhungeranfälle, Vergesslichkeit, prämenstruelles Syndrom, Niedergeschlagenheit, Erschöpfung, kalter Schweiß, Müdigkeit, Schwindelgefühle, Abgespanntheit, Schweißausbrüche, Unkoordiniertheit, Unausgeglichenheit, Verwirrtheit, Angstgefühle, Allergien, Herzklopfen, Panikanfälle

## Risikofaktoren / Erkrankungen

Wie hoch ist Ihr Cholesterinspiegel?

weiß ich nicht

- unter 200 mg/dl
- zwischen 200 mg/dl – 240 mg/dl
- über 240 mg/dl

Wie hoch ist Ihr Triglyceridspiegel?

weiß ich nicht

- unter 150 mg/dl
- zwischen 150 mg/dl – 200 mg/dl

Wie hoch ist Ihr Blutzuckerspiegel (nüchtern)?

weiß ich nicht

- unter 100 mg/dl
- zwischen 100 mg/dl – 120 mg/dl
- über 120 mg/dl

Wie ist Ihr Blutdruck?

- niedrig
- normal
- hoch

Sind Sie aktiver Raucher?

ja, Anzahl/Tag  nein



